

Frigidität 2.0 – Aktuelle Medikalisierungen von A_sexualität

13.04.2021 Annika Spahn

Nichtexistente und wenig sexuelle Anziehung wurde historisch medikalisiert, also als medizinisches Problem betrachtet, das es zu ‚heilen‘ galt. Im 19. und frühen 20. Jahrhundert wurde beispielsweise Frigidität, also sexuelle Unempfindlichkeit, als eine sexualpathologische Störung aufgefasst, die nur bei Frauen diagnostiziert werden konnte. Ich möchte im Folgenden zeigen, inwiefern die Abwesenheit sexueller Anziehung auch heute noch als Bedrohung für ein heteronormatives System gesehen wird und Voraussetzung der bis heute anhaltenden, hartnäckigen Betrachtungsweise ist, dass es einer medizinischen Behandlung bedürfe.

Frigidität als cis männliches Missverstehen?

Als Ursachen für ‚Frigidität‘ nennen Quellen u. a. sexuelle Traumata, eine prude Erziehung, Masturbation, mangelnde Selbstsicherheit, Homosexualität, psychische Krankheiten oder einen ‚gestörten‘ weiblichen Sozialisationsprozess. Frigidität wurde mit einer Vielzahl an Heilungsversuchen begegnet, darunter Hormontherapien, Psychotherapien, Hypnose oder Elektroschocktherapien (vgl. Lambelet 1962; [Macvaugh 1979](#); [Kronberg 1979](#)). Ab den 1960er-Jahren wurde Frigidität als „product of a masculine misapprehension of female bodies and their differing pleasures“ ([Cryle/Moore 2011](#): 2) aufgearbeitet und teilweise entpathologisiert [1]. Doch noch Ende der 1970er-Jahre schreibt Gilbert Macvaugh:

„Frigidity is the ruthless mainspring of multiple divorces, the separator of the sexes, the precipator of suicides and run-away sons and daughters, the birthplace of neurotic ‚swinging‘ societies, of juvenile delinquency, of major crimes and murders, of broken homes, of sodomy and even of prostitution“ (Macvaugh 1979: 1f.).

Frigidität wird hier also für Scheidungen, Geschlechterkonflikte, Suizide, Kriminalität und sogar ganze auseinanderbrechende Gesellschaften verantwortlich gemacht.

Pathologisierte Lustlosigkeit

Mangel oder Verlust der sexuellen Anziehung erhielt auch nach der Aufarbeitung von Frigidität Einzug in die Krankheitskataloge: 1977 erschien der ICD (International Classification Of Diseases der WHO) mit der Diagnose „Inhibited Sexual Desire“, 1987 folgte der DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association) mit der Diagnose „Lack or loss of sexual desire“, die dann in den 1990er-Jahren in den ICD übernommen wurde. Darunter waren erneut verschiedene Syndrome und Krankheiten gruppiert, wie beispielsweise Female Sexual Dysfunction (FSD, vgl. dazu u. a. [Angel 2012](#)) oder Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD). Im DSM wird HSDD bspw. als eine langfristige Abnahme oder Verminderung sexueller Anziehung und sexueller Fantasien definiert (zur Abgrenzung von A_sexualität und HSDD siehe [Brotto 2015](#)). Das bedeutet: Es wird grundsätzlich davon ausgegangen, dass alle (gesunden) Menschen sexuelle Anziehung verspüren, und Abweichungen werden als pathologisch eingestuft.

HSDD kann, anders als zuvor Frigidität, nun bei Männern und Frauen diagnostiziert werden (Personen, die keine Männer und Frauen sind, werden in DSM und ICD nicht erwähnt). Allerdings gelten Appetenzstörungen vor allem als ein Frauenproblem, als „häufigste weibliche Sexualproblematik“ und heute als psychologisches, nicht physisches Problem ([Beier et al. 2001](#): 143). Wie bereits Frigidität gilt HSDD nun also als ein Problem, das viele Frauen betrifft und behandelt werden muss.

Ursachen, Therapien und Heilungsangebote

Sexualmedizinische Fachliteratur nennt als mögliche verursachende Faktoren für eine Appetenzstörung u. a. Beziehungsprobleme, Vermeidungsverhalten, organische Erkrankungen, Nebenwirkungen von Medikamenten, Traumafolgen bzw. sexuelle PTBS (Posttraumatische Belastungsstörung, fast ausschließlich bei Frauen, vgl. [Büttner 2018](#): 60f.), bedrückende Lebensumstände wie berufliche Belastungen, Depressionen ([Kockott/Fahrner 2004](#): 51f.), neurologische und psychiatrische Störungen, Stress, Alkoholabhängigkeit, Hormonstörungen wie Testosteron- ([Kingsberg et al. 2008](#)) oder Östrogenmangel (Beier et al. 2001: 148ff.). Bei Männern mit Appetenzstörungen werden als Ursachen außerdem deviante Sexualpräferenzen, Sexualängste und sexuelle Orientierungskonflikte vermutet (Beier et al. 2001: 198ff.).

Als Therapien und Heilungsmöglichkeiten von HSDD gelten Hormontherapien (Kingsberg et al. 2008), Anxiolytika (Medikamente gegen Angststörungen, Kockott/Fahrner 2004: 53), Kokain oder Amphetamine (Beier et al. 2001: 156) oder Psychotherapien ([Schlag 2016](#): 212). Die Entwicklung von Medikamenten gegen HSDD verspricht einen großen finanziellen Erfolg für die Pharmaindustrie: Schätzungen gehen davon aus, dass 38,7 % aller Frauen an HSDD leiden ([Jutel 2010](#): 1087ff.). Jutel zeigt auf, wie die Pharmaindustrie nicht nur von der Entwicklung eines Medikaments profitiert, sondern an der Definition und Kategorisierung von HSDD maßgeblich beteiligt war. Dabei zeigen die entwickelten Medikamente (z. B. Addyi) eine eher schlechte Wirkung und massive Nebenwirkungen wie Blutdruckabfall, Übelkeit, Schwindelgefühle und Ohnmachtsanfälle ([Schindele 2016](#)).

Auswirkungen auf a_sexuelle Personen

Für a_sexuelle Personen stellt diese Pathologisierung eine besondere Art von Stigmatisierung dar ([Aßmann et al. 2018](#): 81ff.). Insbesondere beeinflusst sie den Kontakt von a_sexuellen Personen mit dem Gesundheitssystem, der von ihnen als unangenehm und traumatisierend beschrieben wird ([Profus 2016](#): 229). So werden a_sexuelle Menschen von ihren Ärzt*innen häufig als sexuell gestört fremddefiniert oder ihnen werden Heilungsmöglichkeiten vorgeschlagen (Schlag 2016: 212). Anna Goshua resümiert zur medizinischen Versorgung von a_sexuellen Personen:

„They are deterring us from being honest with our providers or from accessing medical services entirely. We should feel able to freely discuss our sexuality in health care settings without the fear that providers won't listen, will weaponize an aspect of our identity to explain the cause of our asexuality, or try to force corrective therapy upon us.“ ([Goshua 2018](#): o. S.)

Der allonormative Diskurs um sexuelle Anziehung

Der zeitgenössische sexualwissenschaftliche Diskurs kann als allonormativ beschrieben werden: Es wird davon ausgegangen, dass alle Menschen grundsätzlich sexuelle Wesen sind bzw. sexuelle Anziehung verspüren. Allonormativität ist eine gesellschaftliche Struktur, die auch in Anlehnung an Adrienne Rich als „compulsory sexuality“ ([Cerankowski/Milks 2014](#)) bezeichnet wird. Das Konzept der compulsory sexuality beschreibt die Annahme, dass alle Menschen sexuelle Erregung spüren ([Gupta 2015](#): 134f.). Ein allonormatives sexualmedizinisches System schlägt Therapien vor, die darauf abzielen, sexuelle Anziehung (wieder) herzustellen. Durch Traumata oder Hormonmangel keine sexuelle Anziehung zu verspüren, ist legitim (aber behandlungsbedürftig) – schlicht keine sexuelle

Anziehung gegenüber anderen Menschen oder kein Verlangen nach sexuellen Aktivitäten zu verspüren ([AVEN 2016](#)), weil eine Person beispielsweise a_sexuell ist, nicht. Im DSM ist eine Selbstidentifikation als a_sexuell dagegen seit 2013 ein Ausschlussgrund für eine Diagnose mit einer Erregungsstörung – allerdings nur bei Frauen.

A_sexualität als sexuelle Orientierung bedroht eine heteronormative Gesellschafts- und Geschlechterordnung, in der davon ausgegangen wird, dass es nur zwei Geschlechter gibt, dass Geschlecht eine ausschließlich biologische Kategorie sei und dass Männer und Frauen sich gegenseitig romantisch und sexuell anziehend finden.

‚Born this way‘?

Anschließend an Shiri Eisners Analyse des subversiven Potenzials von Bisexualität kann auch A_sexualität als sexuelle Orientierung interpretiert werden, die die zweigeschlechtliche Ordnung und Eindeutigkeiten der heteronormativen Welt durcheinanderbringt ([Eisner 2013](#): 44). A_sexualität stellt infrage, dass alle Menschen sexuelle Wesen sind und sexuelle Anziehung verspüren. Weithin gilt gesellschaftlich die Annahme, dass Menschen entweder hetero- oder homosexuell geboren sind (‚born this way‘) und dass es dafür verantwortliche Gene gäbe. Diese Alltagstheorie geht aber nicht auf Bisexualität oder A_sexualität ein und konstruiert so beide als unnatürliche, den biologisierenden Logiken widersprechende Identität(en) ([Eisner 2013](#): 121).

Ganz so offen wie im Fall der Frigidität wird die Bedrohung der Gesellschaft (Scheidungen, Kriminalität, auseinanderbrechende Gesellschaften) nicht mehr formuliert. Der österreichische Psychotherapeut Richard Fellner beispielsweise sieht jedoch A_sexualität als eine Störung, die unbedingt behandlungsbedürftig ist. Er beschreibt A_sexualität als idealisierten Selbstschutz von Personen, die keine Partner*innen finden können, und verhandelt implizit, dass a_sexuelle Personen Partnerschaften und Sexualität zu einem gesunden Leben brauchen. Dies zeigt, dass glückliche, gesunde asexuelle Personen für die Sexualmedizin kaum vorstellbar scheinen – tatsächlich leben viele a_sexuelle Personen in romantischen Partnerschaften und/oder sind sexuell aktiv. Da sie aus einer heteronormativen Ordnung fallen, die als Infragestellung derselben interpretiert werden kann, gelten sie jedoch als behandlungsbedürftig.

[1] Ich nutze die Begriffe ‚Pathologisierung‘ und ‚Medikalisierung‘ in diesem Artikel einigermaßen synonym. Sie sind aber in ihrer Perspektive auf das Problem unterschiedlich. Während ‚Pathologisierung‘ in den Blick nimmt, wie z. B. Verhaltensweisen als krankhaft definiert werden, fokussiert ‚Medikalisierung‘ die gesellschaftliche Macht der Medizin und die Ausweitung des medizinischen Kompetenzbereichs.

Ich danke Lotta Christiansen, Dr. Tobias Boll und Kathrin Gärtner für hilfreiche Rückmeldungen und Unterstützung.

Literatur

Angel, Katherine (2012): Contested psychiatric ontology and feminist critique. ‚Female Sexual Dysfunction‘ and the Diagnostic and Statistical Manual. In: *History of the human sciences* 25(4), S. 3–24. <https://doi.org/10.1177/0952695112456949>

AVEN (2016): About AVEN. Zugriff am 02.03.2017 unter <http://asexuality.org/?q=about.html>.

Aßmann, Katharina; Bobka, Anne Jasmin; Kaiser, Anna Frieda; Klaudat, Anna & Koch, Sophia (2018): Wie schafft man ein Bewusstsein für eine Abwesenheit? Ursachen und Folgen der Stigmatisierung von Asexualität aus der Perspektive Betroffener. In: Diana Lindner & Anja Gregor (Hg.): *Identitätsforschung in der Praxis. Lehrforschungsberichte von Studierenden für Studierende*. Berlin, Heidelberg: Springer Spektrum, S. 57–110.

Beier, Klaus M.; Hartmann, Uwe; Loewit, Kurt & Bosinski, Hartmut A. G. (2001): *Sexualmedizin. Grundlagen und Praxis*: mit 73 Abbildungen, 37 Tabellen

und 59 Übersichten. Unter Mitarbeit von Armin Becker und Lutz Dadaniak (1. Aufl.). München, Jena: Urban & Fischer.

Brotto, Lori A.; Yule, Morag A. & Gorzalka, Boris B. (2015): Asexuality. An extreme variant of sexual desire disorder? In: The journal of sexual medicine 12(3), S. 646–660. <https://doi.org/10.1111/jsm.12806>

Büttner, Melanie (2018): Hyposexuelle Störung oder ‚sexuelle PTBS‘? In: Melanie Büttner, Heike Anderson-Schmidt, Sarah Violetta Biedermann, Karoline Bischof, Peer Briken, Fritjof von Franqué & Michaela Huber (Hg.): Sexualität und Trauma. Grundlagen und Therapie traumaassoziierter sexueller Störungen. Unter Mitarbeit von Ulrich Clement und Martin Sack. Stuttgart: Schattauer, S. 60–67.

Cerankowski, Karli June & Milks, Megan (Hg.) (2014): Asexualities. Feminist and queer perspectives (Routledge research in gender and society, 40). New York, Oxfordshire: Routledge Taylor & Francis Group.

Cryle, Peter & Moore, Alison (2011): Frigidity. An intellectual history. New York: Palgrave Macmillan.

Eisner, Shiri (2013): Bi. Notes for a bisexual revolution. Berkeley/Kalifornien: Seal Press.

Fellner, Richard (o. J.): „Kein Sex bitte!“. Zugriff am 01.03.2021 unter <https://www.psychotherapiepraxis.at/artikel/sexualtherapie/asexualitaet.phtml>.

Goshua, Anna (2018): Asexual People Deserve Better From Our Medical Providers. Zugriff am 01.03.2021 unter https://www.huffpost.com/entry/opinion-asexual-people-doctors_n_5bccfd6e4b0d38b58796672?guccounter=1.

Gupta, Kristina (2015): Compulsory Sexuality. Evaluating an Emerging Concept. In: Signs. Women: Sex and Sexuality. Vol 41(1), S. 131–154. <https://doi.org/10.1086/681774>

Jutel, Annemarie (2010): Framing disease. The example of female hypoactive sexual desire disorder. In: Social science & medicine 70(7), 1084–1090. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.040>

Kingsberg, Sheryl A.; Simon, James A. & Goldstein, Irwin (2008): The current outlook for testosterone in the management of hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women. In: The journal of sexual medicine 5(4), 182–93. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2008.00961.x>

Kronberg, Hilde (1979): Frigidität und weibliche Sozialisation. München: Reinhardt.

Kockott, Götz & Fahrner, Eva-Maria (2004): Sexualstörungen (1. Aufl.). Stuttgart: THIEME. <http://dx.doi.org/10.1055/b-002-41836>

Lambelet, Louis (1962): Die Rolle seelischer Faktoren bei Frigidität (Dissertation). Basel.

Macvaugh, Gilbert (1979): Frigidity: what you should know about its cure with hypnosis. New York: Pergamon.

Profus, Andrzej (2016): Unsichtbares sichtbar machen. Asexualität als sexuelle Orientierung. In: Michaela Katzner & Heinz-Jürgen Voß (Hg.): Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge. Gießen: Psychosozial-Verlag (Angewandte Sexualwissenschaft, Band 5), S. 225–242.

Schindele, Eva (2016): Sex Sells – Wie weibliche Unlust zur Krankheit wurde. Zugriff am 01.03.2021 unter https://www.deutschlandfunk.de/sex-sells-wie-weibliche-unlust-zur-krankheit-wurde.740.de.html?dram:article_id=341955.

Schlag, Nadine (2016): Asexualität. Eine diskursive Annäherung. In: Michaela Katzner & Heinz-Jürgen Voß (Hg.): Geschlechtliche, sexuelle und reproduktive Selbstbestimmung. Praxisorientierte Zugänge. Gießen: Psychosozial-Verlag (Angewandte Sexualwissenschaft, Band 5), S. 209–223.

Zitation

Annika Spahn: Frigidität 2.0 – Aktuelle Medikalisierungen von Asexualität, in: blog interdisziplinäre geschlechterforschung, 13.04.2021, www.gender-blog.de/beitrag/medikalisierungen-von-asexualitaet/, DOI: <https://doi.org/10.17185/gender/20210413>

Beitrag lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 

DuEPublico

Duisburg-Essen Publications online

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

Offen im Denken

ub

universitäts
bibliothek

Dieser Text wird via DuEPublico, dem Dokumenten- und Publikationsserver der Universität Duisburg-Essen, zur Verfügung gestellt. Die hier veröffentlichte Version der E-Publikation kann von einer eventuell ebenfalls veröffentlichten Verlagsversion abweichen.

DOI: 10.17185/gender/20210413

URN: urn:nbn:de:hbz:464-20210413-134046-7



Dieses Werk kann unter einer Creative Commons Namensnennung 4.0 Lizenz (CC BY 4.0) genutzt werden.